

# Jobbmestrende oppfølging til mennesker med angst og depresjon

*En effektstudie*

**Øystein Bertheussen**



Levert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

22.04.2009

# Sammendrag

**Forfatter:** Øystein Bertheussen

**Tittel:** Jobbmestrende oppfølging til mennesker med angst og depresjon

**Veileder:** Tor Endestad

Jobbmestrende oppfølging er en metodikk som er skreddersydd for mennesker med en arbeidshemming som skyldes angst eller depresjon. Formålet med denne studien er å undersøke hvorvidt Jobbmestrende oppfølging har en effekt på tre områder;

selvopplevd symptomtrykk, lengde på sykefravær, og sannsynligheten for tilbakefall.

Deltakerne i studien er 127 personer med en arbeidshemming som primært skyldes en angst eller depresjonslidelse. Deltakerne er i alderen 21 til 63 år.

Studien har et kvasiekperimentelt design. Selvrapporteringsskjemaet SCL-90-R blir benyttet for å se på endringer i symptomtrykk, og det innhentes informasjon om sykefravær og tilbakefall. Resultatene viser at målgruppen har signifikante endringer i symptomtrykk for angst og depresjon, mens kontrollgruppen ikke har noen endring.

Videre viser resultatene at målgruppen har et gjennomsnittelig kortere sykefravær og en markant lavere grad av tilbakefall sammenlignet med kontrollgruppen.

Oppsummert antyder denne studien at metodikken Jobbmestrende oppfølging i tillegg til å påvirke selvopplevde symptomer kan ha en positiv effekt på lengde av sykefravær og at det kan ha en forebyggende effekt med tanke på tilbakefall. Dette er oppmuntrende sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv da det kan implisere reduserte kostnader i form av sykepenger og andre ytelser. Selv om denne studien antyder en effekt av Jobbmestrende oppfølging anmodes det om forsiktighet med å trekke slutninger fra denne studien til et større populasjonsgrunnlag. Ettersom dette er den første studien som tar for seg effekten av denne metodikken behøves det videre forskning for å etterprøve denne studien.

# Forord

Arbeidet med denne hovedoppgaven har vært en lang og lærerik prosess. Det hele begynte for drøyt to år siden, da jeg først ble kjent med prosjektet Senter for Jobbmestring. Jeg vil takke Andreas Joner som tok meg inn i varmen på Senter for Jobbmestring og introduserte meg for dette fagfeltet. Jeg vil også takke behandlerne på Senter for Jobbmestring, Susanne, Line, Shazia og Charlott, for godt samarbeid. Takk også til Hanne Bogetveit som har vært til god hjelp under perioden med datainnsamling.

Jeg vil også takke min veileder Tor Endestad for strukturert og ryddig veiledning, og hurtige tilbakemeldinger.

Sender en stor takk til min familie, som alltid har vært til stede for meg, og som har støttet meg gjennom hele studietiden.

Til slutt vil jeg takke min kjære forlovede, Ida. Din støtte og tålmodighet har vært av uvurderlig betydning gjennom arbeidet med denne hovedoppgaven.

Sarpsborg, 20.04.09

Øystein Bertheussen

# Innhold

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>2</b>
<b>FORORD.....</b>	<b>3</b>
<b>INNHold.....</b>	<b>4</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>6</b>
1.1. ARBEIDSRETTEDE TILTAK FOR MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER.....	7
1.1.1. Trening før plassering.....	7
1.1.2. Rådgivning og terapi tilknyttet primærhelsetjenesten .....	8
1.1.3. Arbeid med Bistand .....	9
1.1.4. Individuell plassering og støtte.....	10
1.2. PSYKOTERAPEUTISK EFFEKTORSKNING .....	13
1.3. BAKGRUNN FOR STUDIEN .....	15
1.4. MÅL VED STUDIEN.....	16
<b>2. METODE .....</b>	<b>18</b>
2.1. BESKRIVELSE AV JOBBMESTRENDE OPPFØLGING .....	18
2.2. REKRUTTERING OG GENERELLE PROSEDYRER .....	19
2.3. UTVALG.....	20
2.3.1. Demografiske karakteristika og baselineskårer for målgruppen .....	20
2.3.2. Demografiske karakteristika og baselineskårer for kontrollgruppen.....	20
2.4. VERKTØY FOR INNSAMLING AV DATA.....	21
2.4.1. Symptom Checklist 90 Revised.....	21
2.4.2. Operasjonalisering av lengde på sykefravær og tilbakefall .....	22
2.4.3. Reduksjon i utvalget for sykefravær og tilbakefall.....	23
2.5. STRUKTURERTE ANALYSER.....	23
<b>3. RESULTATER.....</b>	<b>24</b>
3.1. DESKRIPTIVE DATA FOR SCL-90-R.....	24
3.2. SYKEFRAVÆR OG TILBAKEFALL.....	27
<b>4. DISKUSJON .....</b>	<b>28</b>
4.1. HAR JOBBMESTRENDE OPPFØLGING NOEN EFFEKT PÅ OPPLEVDE SYMPTOMER PÅ ANGST OG DEPRESJON?.....	28
4.2. HAR JOBBMESTRENDE OPPFØLGING NOEN EFFEKT PÅ LENGDEN PÅ SYKEFRAVÆR? .....	30

4.2.1. Symptomtrykk versus sykefravær .....	31
4.3. HAR JOBBMESTRENDE OPPFØLGING NOEN FOREBYGGENDE EFFEKT? .....	34
4.3.1. Symptomtrykk versus tilbakefall .....	36
4.4. METODISKE UTFORDRINGER OG BEGRENSNINGER.....	38
4.5. VEIEN VIDERE- FORSLAG TIL FREMTIDIG FORSKNING.....	40
<b>5. KONKLUSJON.....</b>	<b>42</b>
<b>KILDELISTE .....</b>	<b>43</b>

# 1. Innledning

Statistikk fra NAV viser at det i 2006 ble skrevet ut 3,7 millioner sykemeldinger i Norge. I følge tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) har det totale antall tapte dagsverk på grunn av sykefravær vært fra 6,5 til 7,5 % de siste årene. Stadig flere personer sykemeldes på grunn av symptomer på psykiske lidelser. Ca 25 % av sykefraværet skyldes hovedsakelig symptomer på psykiske lidelser. Sannsynligvis er det reelle tallet enda høyere, da undersøkelser antyder at psykiske plager underrapporteres i primærhelsetjenesten (Mykletun et al, 2006). Til tross for den relativt store andelen av sykefraværet som helt eller delvis skyldes psykiske lidelser er det gjort lite forskning for å avdekke hvilke tiltak som kan være virksomme for å motvirke eller forebygge den delen av sykefraværet som skyldes psykiske plager. Forskningen som foreligger på dette området viser at tiltak basert på individuell plassering og støtte er de mest effektive for personer med en alvorlig psykisk lidelse som har et uttalt ønske om å komme ut i ordinært arbeid. Nærhet til reelle arbeidssituasjoner er en nøkkel i rehabilitering tilbake til arbeid for denne målgruppen. Forskning viser at tilbakeføring til det ordinære arbeidslivet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser uansett tiltak er såpass liten at det er usikkert hvor kostnadseffektive tiltakene er (Crowther et al, 2001). Det vil være naturlig å anta at mennesker med lettere psykiske lidelser som gruppe har bedre forutsetninger for å returnere til ordinært arbeid, men når det gjelder lettere psykiske lidelser foreligger det veldig lite eksisterende kunnskap om effekter av tiltak. En stor andel av det sykefraværet som skyldes psykiske lidelser kan tilskrives lettere psykiske lidelser som angst og depresjon. Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv kan det være kostnadseffektivt å forsøke å redusere den delen av sykefraværet som skyldes disse psykiske lidelsene, og i så måte er det åpenbart et behov for å kartlegge hvilke tiltak som er effektive for tilbakeføring til arbeid for denne målgruppen.

## **1.1. Arbeidsrettede tiltak for mennesker med psykiske lidelser**

### *1.1.1. Trening før plassering*

De tradisjonelle tilnærminger til attføring har stort sett vært basert på såkalte ”trening før plassering” modeller. Dette innebærer at man gjennomgår ulike typer yrkesforberedende kurs eller arbeidstrening for å forberede deltakeren på det ordinære arbeidsliv, for eksempel gjennom å kartlegge arbeidsferdigheter, sosial ferdighetstrening, praksisplass, jobb i vernede bedrifter eller lignende.

Disse tilnærmingene bunner ut i antakelsen om at mennesker med psykiske lidelser som kan være arbeidshemmende tjener på å få øvd seg i en beskyttet og kunstig setting før de skal ut og konkurrere om jobber i det ordinære arbeidslivet (Becker og Drake, 2003). Denne måten å tenke på har vært utbredt, men har også blitt sterkt kritisert. Motivasjonen for å være i slike tiltak er ofte lav fordi brukerne vet at de ikke er i en ordinær arbeidssituasjon, det viser seg ofte vanskelig å forutsi hvilke konkrete ferdigheter individet vil få bruk for i en konkret ordinær jobb, og arbeidsoppgavene matcher i liten grad brukerens interessefelt. Forskning har gitt lite eller ingen evidens for at tiltak basert på trening før plassering har noen effekt i forhold til å hjelpe mennesker til å få seg jobb og fungere i det ordinære arbeidsmarkedet (Becker og Drake, 2003). I en systematisk oppsummering av internasjonal effektforskning på arbeidsrettede tiltak for personer med psykiske lidelser konkluderes det med at tiltak etter modellen trening før plassering ikke er bedre enn ordinær oppfølging i psykisk helsevern når det gjelder tilbakeføring til arbeid, og at tre ganger færre av de som hadde deltatt i slike tiltak var i arbeid etter 18 måneder, sammenlignet med deltakere i tiltak basert på Individuell plassering og støtte (Arbeidsrettede tiltak, 2006).

### *1.1.2. Rådgivning og terapi tilknyttet primærhelsetjenesten*

Som det påpekes i en rapport fra Sosial og Helsedirektoratet har det siden midten av 90-tallet blitt tilbudt psykolog- og rådgivningstjenester som et supplement til ordinære bedriftshelsetjenester flere steder i Norge og i Skandinavia, og i Storbritannia er det lange tradisjoner for å benytte tiltak knyttet til primærhelsetjenesten for mennesker som faller utenfor arbeidslivet helt eller delvis på grunn av psykiske lidelser (Arbeidsrettede tiltak, 2006). Disse tiltakene kan være for eksempel terapeutiske intervensjoner som kognitiv terapi, endringsfokusert eller løsningsfokusert terapi, familieterapi, osv. Det kan også dreie seg om rådgivning som ikke er ment som en terapeutisk intervensjon, eller er forankret i bestemte teoretiske retninger. Disse tjenestene utgjør en vesentlig helseressurs i Storbritannia, noe som har ført til debatter rundt bruken av disse ressursene til det som ofte sees på som ”vanlige folk med vanlige problemer.” Dette har ført til at det har blitt gjort forskning med den hensikt å avdekke hvorvidt denne type tidlige intervensjoner er en hensiktsmessig bruk av ressurser, eller om man heller burde prioritere et større og bedre tilbud til et færre antall mennesker som har større problemer. Til tross for at det har vært debatter rundt denne type ressursbruk også i Skandinavia, er forskningsgrunnlaget herfra lite. I Storbritannia antyder evidensgrunnlaget som foreligger at mennesker som mottar rådgivning og terapi knyttet til primærhelsetjenesten får bedre psykisk helse på kort sikt (3-4 måneder) sammenlignet med de som bare fikk vanelig oppfølging, men at disse forskjellene jevnet seg ut på lengre sikt (Bower et al, 2006). Studier av kostnader knyttet til dette har likevel ikke vist noen signifikant forskjell i økonomisk kostnad mellom de som mottar denne type rådgivning og terapi sammenlignet med mennesker som kun fikk vanlig oppfølging i primærhelsetjenesten. Dette kan tolkes dit hen at man ikke har noe å tape på å implementere denne type tiltak. Samtidig er disse kostnadsstudiene omdiskuterte fordi de preges av metodiske svakheter, og de økonomiske kalkulasjonene som gjøres i studiene kan være høyst diskutabile. Oppsummert har ikke denne forskningen gitt noen holdepunkter for å si at disse tiltakene knyttet til primærhelsetjenesten øker sjansen for å komme raskere tilbake i



jobb for de som allerede har falt utenfor det ordinære arbeidsmarkedet, eller for å forebygge sykefravær for de som er i ordinært arbeid. Det er likevel rimelig å anta at det er en sammenheng mellom en bedret psykisk helse og arbeidsevne, og disse tiltakene har som nevnt vist en bedre effekt på den psykiske helsen sammenlignet med vanlig oppfølging. I studier av sammenhengen mellom symptombedring og tilbakeføring til arbeid har man for eksempel sett en sammenheng mellom reduksjon i symptomer på depresjon og vellykket tilbakeføring til arbeid (Mintz et al, 1992; Arbeidsrettede tiltak, 2006). Samtidig er det at de som mottar denne type tjenester gjennomgående er mer fornøyde med tilbudet er et viktig resultat i seg selv (Arbeidsrettede tiltak, 2006).

### *1.1.3. Arbeid med Bistand*

Tidlig på 1980-tallet ble Arbeid med Bistand (Supported Employment) introdusert som et arbeidsmarkedstiltak for mennesker med utviklingshemming. Dette tiltaket ble beskrevet som en ”plassering før trening” tilnærming til attføring, i motsetning til de tidlige trening før plassering modellene (Wehman og Moon, 1988). Tanken bak denne tilnærmingen var at ettersom man ikke kunne vite nøyaktig hvilken type jobb en person ville få i det ordinære arbeidsmarkedet, så var det lite hensiktsmessig å gi opplæring og trening i spesifikke ferdigheter. Samtidig ble en mer generell opplæring gjerne lite motiverende og urealistisk i forhold til en senere jobbsituasjon. Denne tankegangen ble raskt overført til de som arbeidet med mennesker med psykiske lidelser og forsøkt implementert også for denne gruppen (Becker og Drake, 2003). Arbeid med Bistand kan tilbys personer med nedsatt arbeidsevne som har behov for tilrettelegging og oppfølging for å få eller beholde arbeid. Tiltaket skal gi hensiktsmessig og nødvendig bistand med sikte på integrering av personer med nedsatt arbeidsevne i ordinært arbeidsliv. Tiltaket kan gis i form av kartlegging, bistand til å finne egnet arbeidsplass, tilrettelegging og oppfølging på arbeidsplassen, opplæring i arbeidsrelaterte og sosiale ferdigheter samt råd og veiledning til arbeidsgiver eller tiltaksarrangør. I samarbeid med en tilrettelegger finner deltakeren relevant arbeid og oppretter et arbeidsforhold hos en arbeidsgiver. Det ansees som viktig at den enkelte

tiltaksdeltaker får et arbeid i tråd med egne interesser og egen yteevne, og at arbeidstiden også skal tilpasses vedkommendes helse.

Effekten av Arbeid med Bistand er godt dokumentert gjennom forskning (Becker et al, 1996; Becker og Drake, 2003) og forskningen viser også at mennesker med psykiske lidelser har større utbytte av dette tiltaket enn andre yrkeshemmede (Møller, 2005).

Etter hvert har det også kommet et stort evidensgrunnlag som viser at effekten av Arbeid med Bistand økes dersom tiltaket følger prinsippene for Individuell plassering og støtte (Becker og Drake, 2003).

#### *1.1.4. Individuell plassering og støtte*

Individuell plassering og støtte (IPS) ble utviklet som et forsøk på å standardisere en effektiv tilnærming til attføring gjennom de erfaringene man hadde gjort seg gjennom en rekke ulike Arbeid med Bistand-tiltak, og resultatene fra forskningen som var gjort i forhold til disse tiltakene. Tanken var å utvikle et effektivt arbeidsmarkedstiltak som bygget på prinsipper som ikke bare ble støttet av teori, men også av empiri (Becker og Drake, 1994). Oppsummert bygger IPS-modellen på åtte prinsipper:

- 1) Rehabilitering til arbeidsliv ansees som en integrert del av psykisk helsevern, i motsetning til som to separate prosesser.
- 2) Målet er ordinært arbeid i integrerte arbeidssituasjoner, heller enn pre-arbeidstrening eller beskyttede eller segregerte arbeidssettinger.
- 3) Personer med psykiske lidelser kan oppnå og ha suksess i det ordinære arbeidsliv uten å ha mottatt pre-arbeidstrening.
- 4) Vurderinger av forløpet er en kontinuerlig prosess og basert på erfaringene man gjør seg underveis i arbeidet.
- 5) Oppfølgingen er ikke tidsmessig avgrenset på forhånd, men fortsetter så lenge brukeren har behov for støtte.
- 6) Leting etter jobb og støtten mens brukeren er i jobb er basert på brukerens preferanser og ønsker, og ikke på oppfølgerens vurderinger av brukerens muligheter.

- 7) Tjenesten tilbys utenfor en behandlingssetting, slik at brukeren ikke stemples som pasient.
- 8) Man tilstreber integrering av ulike tiltak heller enn at ulike tiltak kjøres parallelt, men uten samarbeid mellom instanser (for eksempel attføring og behandling for den psykiske lidelsen).

I en IPS-tilnærming vil dette i praksis innebære et tett samarbeid mellom jobbkonsulenter og behandlere innen psykisk helsevern. De involverte partene arbeider ideelt sett i team som er bestående av en koordinator og to eller flere andre passende personer. Når det gjelder dette teamet sier Becker og Drake at det viktigste ikke er hvilken utdanning eller erfaring deltakerne har, men at det viktigste er at de er optimistiske, energiske, og klarer å formidle håp og tro til brukerne. IPS-modellen har i prinsippet ingen eksklusjonskriterier, så lenge brukeren selv har et uttrykt ønske om å delta i det ordinære arbeidslivet. Ettersom IPS følger tanken om plassering før trening, tilstreber man at brukeren skal delta i det ordinære arbeidslivet selv om det kun er for en tidsbegrenset periode, eller for noen timer i uken. Det avgjørende er at man finner en jobb og arbeidsoppgaver som så godt som mulig matcher brukerens interesser, evner og kvaliteter. Koordinatoren har ansvaret for å holde oversikten over ulike tiltak og tjenester og arrangerer eventuelt møter mellom representanter fra relevante instanser.

En rekke studier konkluderer med at IPS modellen er mer effektivt enn trinnvise tiltak eller langvarige yrkesforberedende tiltak for å hjelpe mennesker med psykiske lidelser ut i ordinært arbeid og til å bli værende der (Becker og Drake, 2003). I en metaanalyse av 18 randomiserte kontrollerte studier med totalt over 2500 deltakere viste det seg at deltakere i arbeidsmarkedstiltak basert på denne modellen hadde nesten tre ganger større sannsynlighet for å være i ordinært arbeid etter 12 måneder, sammenlignet med deltakere i forberedende trening (Crowther et al, 2001). Det var likevel ingen signifikante forskjeller mellom deltakerne i de ulike tiltakene i selvopplevd psykisk eller fysisk helse eller selvtilitt (Arbeidsrettede tiltak, 2006). Kostnadsanalyser viser at

IPS er en noe mer kostbar metode, noe som kan henseile på antallet personer som engasjeres og tidsbruk i forhold til deltakerne. Til tross for at de direkte kostnadene ved IPS er høyere viser det seg at deltakerne benytter seg av det øvrige helsetilbudet i mindre grad, slik at de totaløkonomiske kostnadene forbundet med de ulike tiltakene er relativt like (Dixon et al, 2002).

De fleste av studiene på effekten av IPS-modellen og andre type arbeidsmarkedstiltak har studert effekten på mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Årsaken til dette kan være at disse studiene i hovedsak er utført i land som USA og England, hvor arbeidsmarkedstiltak rettet mot mennesker med lettere psykiske lidelser er svært sjeldne. Disse landene har svært forskjellige velferdsordninger sammenlignet med Norge, og ressursbruken når det gjelder offentlige helse- og velferdstjenester er langt mindre. Det er viktig å ta forbehold om i hvilken grad resultater fra forskning i andre land er relevante i forhold til norske forhold. Det beste hadde naturligvis vært å kunne vise til forskning utført i Norge eller andre nordiske land, men det er vanskelig å vise til gode forskningsresultater herfra ettersom interessen for forskning på dette feltet generelt har vært lav i disse landene. Samtidig er det verdt å merke seg at det kan være ”lettere” å påvise signifikante forskjeller mellom ulike tiltak og mellom mål- og kontrollgrupper i land som USA, fordi de som ikke får tiltakene ikke får noe alternative tilbud til oppfølging. I Norge kan det være vanskeligere å påvise disse forskjellene fordi kontrollgruppene som ideelt sett skal bestå av personer med et mest mulig likt utgangspunkt som målgruppen gjerne har krav på annen oppfølging. Samtidig kan det også i noen tilfeller være etisk lite holdbart å ikke tilby personer i kontrollgruppen oppfølging, dersom ressursene for å tilby dette er til stede.

## 1.2. Psykoterapeutisk effektforskning

Psykoterapeutisk effektforskning har gjennom flere tiår vist effekten av terapeutiske intervensjoner for en rekke psykiske lidelser. Tilhengere av ulike behandlingstilnærminger har gjerne argumentert for at akkurat deres tilnærming er mer hensiktsmessig enn andre tilnærminger. Et naturlig spørsmål er hvorvidt det finnes evidensgrunnlag for å hevde at noen former for terapi er mer effektive enn andre. Hubble og hans medarbeidere argumenterte i 1999 for at virkningen av terapi skyldes de såkalte fellesfaktorene, altså de elementene som går igjen i de aller fleste terapiformer, heller enn de spesifikke intervensjonene som skiller ulike terapiformer fra hverandre. Wampold (2001) konkluderte med det samme. I en oppsummeringsartikkel av effekten av ulike terapiformer kom han frem til at terapeutisk behandling generelt sett var effektiv, men at det ikke spilte noen rolle hvilken terapi man benyttet seg av så lenge de viktige fellesfaktorene var til stede. På den andre siden har for eksempel kognitiv terapi fått et solid fotfeste som behandlingsform for depresjon og en rekke angstlidelser. At kognitiv terapi er en velfungerende terapiform er godt dokumentert gjennom forskning. Allerede i 1981 viste Blackburn og hans medarbeidere til forskning som dokumenterte effekten av kognitiv terapi på depresjon, og siden den gang har flere forskere hevdet at denne terapiformen er spesielt effektiv på lettere psykiske lidelser som angst og depresjon, og at den er mer effektiv enn andre terapietninger, som for eksempel psykodynamisk terapi (Beck, 1995; Rupke et al, 2006). Lenge forelå det lite god forskning på effekten av psykodynamisk terapi, delvis på grunn av motvilje innen psykodynamiske behandlingsmiljø mot å drive effektforskning på denne type behandling, men i de senere år har evidensgrunnlaget stadig blitt større. Det foreligger nå en rekke studier og metaanalyser som viser effekten av psykodynamisk terapi på tvers av en rekke psykiske lidelser (Crits-Christoph, 1992; Leichsenring, 2005; Fonagy, Roth og Higgitt, 2005; Leichsenring og Rabung, 2008). Effekten av psykodynamisk terapi på depresjon har ofte blitt sammenlignet med medikamentell behandling, hvor evidensen heller i retning av at psykodynamisk terapi er et effektivt alternativ til medikamentell

behandling på mild til moderat depresjon (Leichsenring og Rabung, 2008).

Sammenlignet med andre former for psykoterapi konkluderte Roth og Fonagy i en oppsummeringsartikkel med at effekten av psykodynamisk terapi på depresjon verken var bedre eller dårligere, og at den var effektiv i 50-60% av tilfellene (Roth og Fonagy, 2005). Driessen og hennes kolleger sammenlignet i 2007 psykodynamisk terapi med kognitiv terapi i forhold til depresjon, uten å kunne konkludere med at den ene var bedre enn den andre. Det samme kom Leichsenring (2001) frem til i sin studie hvor han sammenlignet psykodynamisk terapi med kognitiv terapi og medikamentell behandling av depresjon. Selv om kognitiv og psykodynamisk terapi er blant de mest utbredte retningene innen terapi finnes det også dokumentasjon for effekten av en rekke andre terapiformer. For eksempel har effekten av ulike atferdsterapeutiske tilnærminger vært forsøkt dokumentert gjennom en rekke eksperimenter og annen forskning. Det finnes over 50 forskningsrapporter som viser effekten av funksjonell analytisk psykoterapi (FAP) på ulike psykiske lidelser (Kanter et al, 2004; Cautilli et al, 2005; Kanter et al, 2006). Videre foreligger det også mye evidens for effekten av dialektisk atferdsterapi, en terapiform som har blitt mer og mer utbredt i forhold til angst og depresjon (Marra, 2004). Mentaliseringsbasert terapi (Bateman og Fonagy, 2004) har på sin side vist seg mer effektiv enn en rekke andre terapiformer når det dreier seg om behandling av personlighetsforstyrrelser, mens det ikke foreligger entydig evidens for effekten av denne terapiformen på andre psykiske lidelser. I en oppsummering av 15 effektstudier fant Gingerich og Eisengart (2000) at løsningsfokusert terapi hadde god effekt særlig på depressive lidelser, uten at de kunne konkludere med at effekten var bedre sammenlignet med andre etablerte terapiformer.

Oppsummert viser altså det som foreligger av forskning på terapeutisk effekt at terapeutiske intervensjoner har en god effekt på lettere psykiske lidelser som depresjon og angst. Forskjellene i effekt mellom de ulike tilnærmingene kan variere noe fra studie til studie, men totalt sett kommer de ganske så likt ut. Innebærer dette at det er uten betydning hvilken behandlingsform man benytter seg av? Når man ser på det store bildet kan det se slik ut. På den andre siden må man i psykologisk behandling ta hensyn til en rekke faktorer, for eksempel pasientens ønsker og rammebetingelsene

man opererer innenfor. Tradisjonelle psykodynamiske terapiformer innebærer gjerne et tidsperspektiv på opptil flere år. Sett med samfunnsøkonomiske øyne vil det da kanskje være mer hensiktsmessig med kognitiv terapi, hvor man sjeldent har et behandlingsforløp på mer enn noen få måneder. På den andre siden har det etter hvert også blitt utviklet korttids psykodynamisk terapi, som tidsmessig ikke er mer omfattende enn kognitiv terapi. En fordel med kognitiv terapi er at terapiformen er relativt manualbasert og slik sett kan man for eksempel lære prinsippene i denne terapiformen uten å nødvendigvis gjennomgå en bred og langvarig opplæringsprosess. Dette gjør at også andre yrkesgrupper enn psykologer kan skoles i denne metoden, noe som vil være en stor fordel hvis den skal kunne implementeres i forhold til arbeidsrettede tiltak, ettersom det nok i mange tilfeller vil være vanskelig å innhente mange nok psykologer til slike tiltak. Sammen med den gode dokumentasjonen som foreligger på effekten av kognitiv terapi på lettere psykiske lidelser er dette noe av årsaken til at intervensjonene som benyttes i Jobbmestrende oppfølging er bygget på teknikker hentet fra kognitiv terapi.

### **1.3. Bakgrunn for studien**

Etter eget initiativ gjennomførte Aetat i Østfold prosjektet Individuell oppfølging (IO). Individuell oppfølging (2003 – 2005) var et toårig prosjekt for å prøve ut en modell som skulle øke overgangen til jobb blant yrkeshemmede arbeidssøkere. IO ble evaluert av Frøyland og Spjelkavik (2006). Deres rapport konkluderte med at IO dokumenterte behov for et tilbud som gir yrkeshemmede arbeidssøkere med noe bistandsbehov veiledning, for at de selv skal kunne være hovedaktør i forhold til å få og beholde ordinært arbeid. Med bakgrunn i IO, tiltaket ”Fleksibel Jobb,” samt erfaringer fra Arbeidsrådgivningskontoret i Østfold, ble det konkludert med at det forelå et behov for et supplerende tilbud som var skreddersydd for yrkeshemmede med lettere psykiske lidelser. Denne erkjennelsen resulterte i prosjektet Senter for Jobbmestring (SFJ). Senter for Jobbmestring i Østfold ble opprettet høsten 2006.

Formålet med SFJ var å tilby Jobbmestrende oppfølging til mennesker med lettere psykiske lidelser, operasjonalisert som angst og depresjon, samt å frembringe og dokumentere kunnskap om hva som virker for å få personer med disse lidelsene tilbake i arbeidslivet og bli værende der. Videre ønsket man gjennom en meget fokusert bruk av endringsteknikker å hjelpe mennesker med lettere psykiske lidelser til å fungere i jobb, uten at disse ble definert som pasienter. En grunnleggende tanke bak prosjektet var at langt flere personer med lettere psykiske lidelser kunne fungert i et ordinært arbeidsforhold hvis de fikk hjelp til å mestre symptomene. Man tok derfor primært sikte på å bidra til å redusere symptomer på angst og depresjon hos personer som hadde falt ut eller sto i fare for å falle ut av arbeidslivet på grunn av lettere psykiske lidelser.

## **1.4. Mål ved studien**

Det eksisterer svært lite forskning på hvilke tiltak som er effektive for mennesker som har ulike vanskeligheter i arbeidslivet helt eller delvis på grunn av lettere psykiske plager. Som prosjekt hadde Senter for Jobbmestring som mål å utvikle og dokumentere en metodikk som skulle være til nytte for denne målgruppen. Denne metodikken ble kalt Jobbmestrende oppfølging. Det overordnede målet ved denne studien er å evaluere hvorvidt Jobbmestrende oppfølging er en effektiv metodikk for denne målgruppen, sammenlignet med det konvensjonelle tilbudet som eksisterer i NAV-systemet. Ettersom intervensjonen i denne studien primært er rettet mot symptomreduksjon og mestring av symptomer på angst og depresjon forelå det en hypotese om at personer som mottok Jobbmestrende oppfølging ville ha en større reduksjon i symptomer på angst og depresjon sammenlignet med personer som ikke mottok denne oppfølgingen. Et mål ved denne studien er å dokumentere hvorvidt studien støtter eller svekker denne hypotesen. En annen hypotese var at denne intervensjonen kunne bidra til å redusere sykefraværet hos de som mottok den. Ettersom brukerne gjennom intervensjonen ville få muligheten til å lære seg ulike kognitive teknikker for å mestre symptomer på angst og depresjon ble det også tenkt at



intervensjonen kunne ha en forebyggende effekt i forhold til senere sykemeldinger på grunn av psykiske symptomer.

Målene ved denne studien kan oppsummeres i følgende problemstillinger:

- Har Jobbmestrende oppfølging noen effekt på opplevde symptomer på angst og depresjon?
- Har Jobbmestrende oppfølging noen effekt på lengden på sykefravær?
- Har Jobbmestrende oppfølging noen forebyggende effekt?

## **2. Metode**

Denne studien springer ut fra prosjektet Senter for Jobbmestring, som har som primært fokus å tilby Jobbmestrende oppfølging med utgangspunkt i prinsipper fra individuell plassering og støtte og kognitiv terapi til personer med en arbeidshemming som primært skyldes symptomer på angst eller depresjon. Det benyttes et kvasieksperimentelt pre-post test design. Dette innebærer at utvalgene ikke er randomiserte, men at deltakerne er rekruttert på bakgrunn av enkelte inklusjonskriterier og fravær av eksklusjonskriterier. Det gjøres en måling av symptomtrykk ved oppstart (baseline), altså før intervensjon finner sted. Deretter iverksettes intervensjonen, og tre måneder etter oppstart gjøres en ny måling. For innsamling av data benyttes selvrapporteringsskjemaet Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R). I tillegg innhentes informasjon om sykefravær og tilbakefall. At studien følger de forskningsetiske retningslinjene er sikret gjennom kontinuerlig refleksjon over disse retningslinjene og at tiltak har blitt iverksatt for å ivareta retningslinjene, for eksempel gjennom anonymisering av deltakere og at råskårer har blitt bevart på sikre datasystemer. Det er også innhentet informert samtykke fra deltakerne i prosjektet. Prosjektet er godkjent av regional etisk komité.

### **2.1. Beskrivelse av Jobbmestrende oppfølging**

Jobbmestrende oppfølging består hovedsakelig av en til en samtaler mellom bruker og behandler. Disse samtalene består av en fokusert bruk av teknikker hentet fra kognitiv terapi hvor det primære fokus er rettet mot situasjoner og kognisjon som er relevant i forhold til brukerens arbeidssituasjon eller i forhold til det som eventuelt hindrer han fra å ha en god arbeidsfungering. Målet er at brukeren skal delta mest mulig i det ordinære arbeidslivet, slik at man i timene kan jobbe med konkrete heller enn tenkte arbeidssituasjoner, samt at man har muligheten til å knytte hjemmeoppgaver og lignende opp mot arbeidsstedet. På grunn av et massivt evidensgrunnlag for effekten

av tiltak som følger prinsippene fra modellen individuell plassering og støtte er disse prinsippene sentrale i denne metodikken. Dette innebærer for eksempel at tjenesten tilbys utenfor en behandlingssetting ved at Senter for Jobbmestring ikke er samlokalisert med andre helsetjenester, samt at graden av støtte ikke er fastlåst på forhånd, men er fleksibel og tilpasses de individuelle behov for eksempel med tanke på hyppighet av timer og at behandlerne er lett tilgjengelige per telefon.

I tillegg til behandlingstimene har behandlerne også kontakt med andre relevante instanser, som fastleger, saksbehandlere i NAV og IO-konsulenter, og kan delta på samarbeidsmøter og lignende. Hyppigheten på behandlingstimene varierer noe etter behov og ønsker fra brukeren, men vanligvis har brukeren en time i uken og noen ganger annenhver uke, og en behandlingstime varer normalt i 45 minutter.

## **2.2. Rekruttering og generelle prosedyrer**

Informasjon om prosjektet og inklusjons- og eksklusjonskriterier ble distribuert innad i NAV-systemet, til helseforetak, fastleger, og andre relevante instanser i Østfold.

Inklusjonskriteriene var en angst eller depresjonslidelse, eller at personen var sykemeldt primært grunnet symptomer på angst eller depresjon. Videre skulle deltakerne ha et ønske om å returnere til det ordinære arbeidslivet. Eksklusjonskriterier var en betydelig sammensatt problematikk, som for eksempel rusavhengighet i tillegg til angst eller depresjon eller en omfattende somatisk problematikk som overskygget den psykiske lidelsen. Årsaken til dette er at en for omfattende problematikk ville øke sannsynligheten for interferens, noe som kunne føre til at det ble vanskeligere å tolke effekten av metodikken på angst og depresjon. Aktuelle deltakere ble deretter henvist til SFJ, hvor personer som ble vurdert til å matche kriteriene for deltakelse ble gitt et tilbud om deltakelse i prosjektet. Da prosjektet ble startet ble det bestemt at målgruppen skulle rekrutteres fra Østfoldkommuner med geografisk nærhet til SFJs lokaler i Fredrikstad. Dette av praktiske hensyn, på grunn av at deltakerne skulle komme til jevnlig timer der. Kommunene målgruppen ble rekruttert fra var Fredrikstad, Sarpsborg, Moss, Rygge og Råde. Kontrollgruppen ble rekruttert fra andre

Østfoldkommuner, nærmere bestemt Hvaler, Halden, Mysen, Eidsberg, Askim og Skiptvet. Kontrollgruppen ble bestående av personer som ble sykemeldt på grunn av angst eller depresjon, og som takket ja til å være deltakere i prosjektet, men som ikke fikk tilbud om Jobbmestrende oppfølging.

## 2.3. Utvalg

Utvalget bestod av 127 personer i alderen 21 til 63 år (gjennomsnitt 42,49, SD=10,36). Av disse var 84 (66,1%) kvinner og 43 (33,9%) menn. Av utvalget ble 87 personer rekruttert til målgruppen, mens 40 personer ble rekruttert til kontrollgruppen.

### *2.3.1. Demografiske karakteristika og baselineskårer for målgruppen*

Det ble totalt rekruttert 87 personer til målgruppen. Av disse var 57 (64,4%) kvinner og 31 (35,6%) menn. Målgruppen hadde et aldersspenn på 21 til 62 år, med et gjennomsnitt på 41,99 (SD=10,76) år.

Målgruppen hadde følgende gjennomsnittelige baselineskårer på SCL-90-R for utvalgte skalaer:

Angst : 1,23 (SD=,86)

Depresjon: 1,61 (SD=,94)

### *2.3.2. Demografiske karakteristika og baselineskårer for kontrollgruppen*

Kontrollgruppen bestod totalt av 40 personer. Av disse var 28 (70%) kvinner og 12 (30%) menn. Aldersspennet for denne gruppen var fra 24 til 63 år, med et gjennomsnitt på 43,58 (SD=9,47) år.

Kontrollgruppen gjenspeiler med andre ord målgruppen med tanke på alder og kjønn. I begge utvalgene er det en overvekt av kvinner.

Kontrollgruppen hadde følgende gjennomsnittelige baselineskårer på SCL-90-R for utvalgte skalaer:

Angst : ,94 (SD=,95)

Depresjon: 1,32 (SD=,92)

På testingen ved baseline ser vi at det er forskjeller mellom de to gruppene.

Kontrollgruppen har et noe lavere symptomtrykk enn målgruppen både på depresjon- og angstskaalen. Det ble foretatt analyser som viste at denne differansen var signifikant ( $p < ,05$ ). At gruppene har et ulikt gjennomsnittelig symptomtrykk ved utgangspunktet er verken ønskelig eller ideelt, og omtales videre i diskusjonskapittelet.

## **2.4. Verktøy for innsamling av data**

### *2.4.1. Symptom Checklist 90 Revised*

Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) er et selvrapporteringskjema som brukes for å evaluere et bredt spekter av psykologiske problemer og symptomer på psykopatologi. Instrumentet benyttes også gjerne for å evaluere progresjon eller utvikling over tid. Skjemaet er oversatt til norsk og er brukt i en rekke norske og internasjonale studier (Dalgard et al, 1995). Skjemaet består av 90 symptomer på psykisk uhelse som man skal rangere på en 5-punkt skala etter i hvilken grad man har opplevd de ulike symptomene i løpet av den siste uken, fra ”ikke i det hele tatt” til ”veldig mye”. Innholdsmessig dekker skjemaet ni dimensjoner; kroppslige symptomer, tvangstendenser, interpersonlig sensitivitet, depresjon, angst, fiendtlighet, fobisk angst, fremmedgjøring og psykotisisme. Summen av alle skalaene oppsummeres i en global skala, Generell symptomindeks (GSI) som reflekterer det gjennomsnittelige symptomtrykket som rapporteres på skjemaet.

SCL-90-R er rapportert å ha en høy intern konsistens med alpha koeffisienter på de enkelte subskalaene fra 0,77 på psykotisisme til 0,90 på depresjon. Studier har også vist at SCL-90-R har definisjonsmessig validitet og kriterievaliditet, konvergent og divergerent validitet samt innholdsvaliditet på høyde med andre kjente selvrapporteringskjemaer (Center for psychological studies, 2009).

I denne studien ble det valgt å se nærmere på kun to av skalaene, nærmere bestemt skalaene for depresjon og angst. Årsaken til dette er todelt. For det første ville en studie som tok for seg alle de ni symptomskalaene bli for omfattende. For det andre er det slik at intervensjonen ved Senter for Jobbmestring primært tar sikte på å redusere symptomer på angst og depresjon, og nettopp derfor er disse skalaene de mest interessante i denne studien. SCL-90-R er bare ett av mange selvrapporteringskjema som kan benyttes for å måle symptomer på ulike psykiske lidelser. Ettersom vi i denne studien er interessert i angst og depresjon kunne man benyttet skjemaer spesielt utviklet for nettopp disse lidelsene, for eksempel Beck depression inventory-II (BDI-II) og Beck anxiety inventory (BAI). SCL-90-R ble valgt foran disse av ulike årsaker. For det første fordi SCL-90-R er mer omfattende og dermed i større grad kunne gi informasjon om et bredt spekter av symptomer, informasjon som behandlerne kunne dra nytte av i oppfølgingen av den enkelte bruker. For det andre kunne bruk av skjemaer som kun tok for seg angst og depresjon økt risikoen for falsk rapportering gjennom at det ville blitt mer tydelig hva man var ute etter å måle. Det ble også sett på som en fordel ved SCL-90-R at man kunne måle symptomtrykk på både angst og depresjon på ett og samme skjema.

#### *2.4.2. Operasjonalisering av lengde på sykefravær og tilbakefall*

For å kunne se på sammenhengen mellom Jobbmestrende oppfølging og lengde på sykefravær og grad av tilbakefall ble det innhentet informasjon om dette gjennom NAV-systemet. Det ble innhentet data for perioden fra deltakerne ble inkludert som del av prosjektet og ett år frem i tid. Dataene ble operasjonalisert på følgende måte:

Sykefravær – Sykefravær ble operasjonalisert som det antall uker en person hadde legemeldt sykefravær på grunn av angst eller depresjon i perioden fra han ble inkludert i prosjektet som del av enten mål- eller kontrollgruppen, og ett år frem i tid.

Tilbakefall – Tilbakefall ble operasjonalisert som ”ny sykemelding grunnet psykisk lidelse i perioden fra prosjektstart og ett år frem i tid.” Med andre ord ble det regnet som et tilbakefall dersom en person etter å ha blitt friskmeldt på ny ble sykemeldt på grunn av symptomer på en psykisk lidelse.

#### *2.4.3. Reduksjon i utvalget for sykefravær og tilbakefall*

For innhenting av data for lengde på sykefravær og tilbakefall var man avhengig av tilgang til denne informasjonen gjennom NAVs systemer. For noen deltakere var ikke denne informasjonen tilgjengelig. Dette førte til at utvalget ble noe redusert for denne delen av datamaterialet. Særlig gjaldt dette kontrollgruppen. Her ble informasjonen hentet fra 22 deltakere, henholdsvis 17 kvinner og 5 menn. For målgruppen ble informasjonen hentet fra 86 deltakere, hvorav 58 var kvinner og 28 menn.

## **2.5. Strukturerte analyser**

SPSS.16.0. er benyttet for å analysere datamaterialet. Det ble anvendt T-tester for å evaluere hvorvidt det var statistisk signifikante forskjeller i gjennomsnittskårene for de ulike gruppene.

## 3. Resultater

### 3.1. Deskriptive data for SCL-90-R

Det ble utarbeidet gjennomsnittsscorer for skalaene i SCL-90-R.

For å kunne se nærmere på utviklingen i de to gruppene fra den første målingen til målingen gjort etter 3 måneder, ble det utført t-tester.

#### Depresjon

Tabell 3.1: Gjennomsnittlig skåre på skalaen depresjon på SCL-90-R

	0 mnd	SD	3 mnd	SD	Endring		P
					0-3 mnd	SD	
Målgruppe N=87	1,61	,94	1,21	,94	,40	,67	**
Kontrollgruppe N=40	1,32	,92	1,14	,89	,18	,65	NS

\*\*p<.01, \*p<.05, NS= Ikke signifikant

Som det fremgår av tabell 3.1 hadde målgruppen en gjennomsnittlig score på 1,61 (SD=,94) som baseline, mens gjennomsnittlig score etter 3 måneder var på 1,21 (SD=,94). Kontrollgruppen hadde en baseline på 1,32 (SD=,92), mens scoren etter 3 måneder var 1,14 (SD=,89). Endringen i gjennomsnittlig score fra baseline til målingen som ble gjort etter 3 måneder var ,40 (SD=,67) for målgruppen, noe som er en signifikant endring på ,01 nivå. Kontrollgruppen hadde en endring på ,18 (SD=,65), noe som ikke er signifikant.



## Angst

Tabell 3.2: Gjennomsnittelig skåre på skalaen angst på SCL-90-R

	0 mnd	SD	3 mnd	SD	Endring 0-3 mnd	SD	P
Målgruppe N=87	1,23	,86	,88	,84	,35	,67	**
Kontrollgruppe N=40	,94	,95	,87	,85	,07	,44	NS

\*\*p<.01, \*p<.05, NS= Ikke signifikant

Av tabell 3.2 fremgår det at målgruppen hadde en gjennomsnittlig score på 1,23 (SD=,86) ved baseline, og en score på ,88 (SD=,84) etter 3 måneder. Dette er en endring på ,35 (SD=,67), noe som er signifikant ( $p<.01$ ). I kontrollgruppen var gjennomsnittelig score ,94 (SD=,95) ved baseline. På målingen som ble gjort etter 3 måneder var gjennomsnittelig score ,87 (SD=,85). Endringen mellom disse målingene var på ,07 (SD=,44). Denne endringen var ikke signifikant. Et interessant funn her er at gjennomsnittsscoren etter 3 måneder er tilnærmet lik for kontrollgruppen og målgruppen.

### Differanser mellom gruppene

Tabell 3.3: Differanser mellom målgruppe og kontrollgruppe på skalaene depresjon og angst på SCL-90-R

	Depresjon		Angst	
	0 mnd	3 mnd	0 mnd	3 mnd
Målgruppe N=87	1,61	1,21	1,23	,88
Kontrollgruppe N=40	1,32	1,14	,94	,87
Differanse mellom gruppene	,29 **	,07 NS	,29 **	,01 NS

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , NS= Ikke signifikant

Som man kan se av tabell 3.3 er differansen mellom målgruppen og kontrollgruppen på skalaen depresjon på SCL-90-R ,29 ved første måling, altså før intervensjonen finner sted. Denne differansen er signifikant ( $p < .01$ ). 3 måneder etter er differansen mellom gruppene kun ,07, en endring som ikke er signifikant. Dette er et sentralt funn i studien. Målgruppen rapporterer i utgangspunktet et høyere symptomtrykk enn kontrollgruppen når det gjelder depresjon, men etter at intervensjonen har funnet sted opplever ikke målgruppen høyere symptomtrykk enn kontrollgruppen.

Når det gjelder angstskaalen er situasjonen den samme. Ved første måling er differansen mellom gruppene også her ,29. Dette er en differanse som er signifikant på ,01 nivå ( $p < .01$ ). Etter tre måneder er differansen mellom gruppene så godt som fraværende med en differanse på ,01, noe som ikke er signifikant.

### 3.2. Sykefravær og tilbakefall

Tabell 3.4. Sykefravær og tilbakefall

	Gjennomsnittelig sykefravær (uker)	SD	Tilbakefallsprosent
Målgruppe (N=86)	7,84	12,41	5,81 %
Kontrollgruppe (N=22)	14,13	14,48	36,36 %
Differanse	6,29 **		30,55 % **

\*\*p<.01, \*p<.05, NS= Ikke signifikant

Sykefravær ble operasjonalisert som det antall uker en person hadde legemeldt sykefravær på grunn av angst eller depresjon i perioden fra han ble inkludert i prosjektet og ett år frem i tid. Som det fremgår av tabell 3.4 hadde målgruppen et gjennomsnittelig sykefravær på 7,84 uker (SD=12,41). For kontrollgruppen var gjennomsnittelig sykefravær på 14,13 uker (SD=14,48). Dette medfører en differanse mellom gruppene på 6,29 uker, noe som er en signifikant differanse (p<.01).

Tilbakefall ble operasjonalisert som ”ny sykemelding grunnet psykisk lidelse i perioden fra prosjektstart og ett år frem i tid.” I målgruppen hadde 5,81 % tilbakefall. I kontrollgruppen var tilbakefallet på 36,36 %. Differansen mellom gruppene er 30,55 %, noe som er signifikant (p<.01).

## 4. Diskusjon

Hovedmålet ved denne studien var å undersøke effekten av metodikken Jobbmestrende oppfølging gjennom å besvare følgende problemstillinger:

- Har Jobbmestrende oppfølging noen effekt på opplevde symptomer på angst og depresjon?
- Har Jobbmestrende oppfølging noen effekt på lengden på sykefravær?
- Har Jobbmestrende oppfølging noen forebyggende effekt?

### 4.1. Har Jobbmestrende oppfølging noen effekt på opplevde symptomer på angst og depresjon?

Metodikken som ble benyttet i intervensjonen i denne studien var spesielt rettet mot mestring av symptomer på angst og depresjon. Av den grunn var det helt sentralt i studien å dokumentere hvorvidt Jobbmestrende oppfølging fungerer bedre i forhold til å redusere symptomer på angst og depresjon sammenlignet med den oppfølgingen mennesker som blir sykemeldt på grunn av slike symptomer vanligvis mottar.

Resultatene viste at målgruppen hadde en signifikant reduksjon på både angst og depresjonsskalaen på SCL-90-R. Dette er i tråd med forventningene med tanke på empirien som foreligger for terapeutiske intervensjoner på angst og depresjon.

Ettersom det ikke forelå noen forskning på eventuelle effekter av konvensjonell oppfølging og siden slik oppfølging ikke er rettet spesifikt mot symptomreduksjon forelå det ingen forventninger om at kontrollgruppen skulle ha noen reduksjon på noen av disse skalaene. Resultatene viste da også at kontrollgruppen ikke hadde noen signifikante endringer i angst og depresjon. Disse resultatene gir støtte til hypotesen om effekten av intervensjonen på opplevd symptomtrykk. Tre måneder etter at intervensjonen for målgruppen ble iverksatt opplevde deltakerne her en

gjennomsnittelig reduksjon i symptomtrykk på om lag 25 %. Kan dette tolkes til å være en stor nok reduksjon til å si at metodikken er vellykket i forhold til dette effektmålet? Svaret på et slikt spørsmål avhenger naturligvis av hvor stor reduksjon man forventer, og hvor stor reduksjon andre intervensjoner gir. I denne studien var det naturlig å sammenligne effekten av intervensjonen med effekten av den oppfølgingen som vanligvis tilbys denne målgruppen. Sett i lys av dette kan man tolke resultatene dit hen at intervensjonen er vellykket i forhold til målet om å redusere angst og depresjonssymptomer. På den andre siden må man her ta hensyn til det faktum at målgruppen i utgangspunktet opplevde et noe høyere symptomtrykk enn kontrollgruppen. Her er det mulig å hevde at om kontrollgruppen hadde rapportert større symptomtrykk i utgangspunktet, så ville de også opplevd en reduksjon. For å konkludere positivt i forhold til effekten av intervensjonen skulle det ideelt sett vært slik at begge gruppene skåret like høyt i utgangspunktet og at målgruppen hadde en signifikant større endring enn kontrollgruppen ved målingen etter tre måneder. Samtidig er endringstallene for målgruppen meget tydelige, og det virker tvilsomt om kontrollgruppen ville hatt en like stor reduksjon selv om de i utgangspunktet hadde høyere symptomtrykk ettersom de ikke hadde *noen* reduksjon i denne studien.

Oppsummert kan resultatene fra denne studien tolkes til at den gir støtte til hypotesen om at Jobbmestrende oppfølging reduserer symptomer på angst og depresjon. En reduksjon i opplevd symptomtrykk er positivt av flere grunner. Først og fremst er det naturligvis hyggelig for den enkelte bruker som får hjelp til å få redusert sin opplevelse av symptomer på psykisk uhelse. Videre er det rimelig å anta at en reduksjon i symptomtrykk vil være positivt korrelert med en bedring både i arbeidsevne og motivasjon for arbeid, noe som i sin tur muligens kan føre til høyere produksjonsnivå og mindre sykefravær. Sett med samfunnsøkonomiske øyne vil det være gunstig, også hvis man videre kan anta at tiltak av denne typen i alle fall i noen tilfeller kan avlaste det offentlige helsesystemet ved å gi et tilbud til personer som ellers kanskje ville søkt helsehjelp i andre offentlige instanser. Samtidig gir ikke opplevelsen av bedret psykisk helse i seg selv noen garantier for at det er hensiktsmessig med denne type tiltak eller at det har noen gunstig effekt på arbeidsevne og sykefravær. Disse tallene blir mer

slagkraftige når de sees i sammenheng med de andre funnene i denne studien, som viser at målgruppen både har et lavere sykefravær og tilbakefallsrate enn kontrollgruppen. Sammen gir disse faktorene god støtte til en påstand om at Jobbmestrende oppfølging har noe for seg og kan være et skritt i riktig retning for mennesker som sliter med arbeidshemming primært på grunn av angst og depresjon i form av at de får hjelp til å få redusert sine symptomer samtidig som de har et redusert sykefravær i forhold til hva man kunne forvente at de ville hatt om de ikke hadde fått denne oppfølgingen. At tiltaket også ser ut til å ha en forebyggende effekt er naturligvis også positivt. I tillegg til at det må antas å være oppløftende på et personlig plan å mestre et arbeidsliv som en tidligere har opplevd som vanskelig har dette også potensial til å spare samfunnet for en del penger i form av lavere utgifter som et resultat av lavere sykefravær samt at færre personer får tilbakefall til nye sykemeldinger.

## **4.2. Har Jobbmestrende oppfølging noen effekt på lengden på sykefravær?**

Resultatene fra denne studien viser at målgruppen hadde et gjennomsnittelig sykefravær som var om lag halvparten av sykefraværet hos kontrollgruppen. At intervensjonen skulle ha en effekt på sykefraværet var en hypotese som forelå ved studiens begynnelse. Likevel er disse tallene oppsiktsvekkende ettersom forskjellen mellom gruppene er så stor. Man skal naturligvis være forsiktige med å være for bastante kun på bakgrunn av disse tallene, og det behøves mer forskning for å kunne konkludere i forhold til effekten av denne intervensjonen på sykefravær. Likevel er tallene fra denne studien en klar indikasjon på at metodikken kan ha en positiv effekt. Dette kan skyldes ulike faktorer. For det første følger intervensjonen IPS-prinsippene, noe som i andre studier har vist seg å ha en betydelig innvirkning på tilbakeføring til jobb særlig for mennesker med mer alvorlige psykiske lidelser (Becker og Drake, 2003). For det andre har timene et sterkt arbeidsfokus og man forsøker primært å ta for seg tanker, følelser og handlinger knyttet til konkrete arbeidssituasjoner som oppleves

som problematiske eller som brukeren av ulike årsaker ikke opplever å mestre. En tredje faktor kan være den graden av involvering metodikken innebærer. Oppfølgingen innebærer at det settes krav til brukeren om aktiv deltagelse, utførelse av hjemmeoppgaver, osv. Dette kan i sin tur bidra til for eksempel økt følelse av mestring og en opplevelse at man selv kan påvirke sin arbeidssituasjon, noe som igjen kan føre med seg større tiltro til egen arbeidsevne.

Som nevnt bør man være forsiktig med å generalisere i forhold til effektstørrelser på bakgrunn av kun en studie. Med andre ord kan man ikke si at forskjellene i sykefraværet nødvendigvis vil være like stor i en større populasjon selv om kontrollgruppen hadde et dobbelt så høyt sykefravær sammenlignet med målgruppen i vårt utvalg. Samtidig er det sannsynlig at det fortsatt ville implisert en betydelig samfunnsøkonomisk gevinst selv om selv om effekten hadde vært mindre enn det som antydes i denne studien. Sykefraværet som skyldes angst og depresjon er høyt og stigende, og tiltak som kan redusere dette sykefraværet vil kunne spare samfunnet for betydelige utgifter i form av sykepenges og andre ytelser.

Ideelt sett skulle tallene for sykefravær vært basert på et noe større antall deltakere når det gjelder kontrollgruppen. En kontrollgruppe på 22 personer er stor nok til at man kan si noe om tendenser, og når forskjellene mellom målgruppen og kontrollgruppen er så store som resultatene viser er det mer sannsynlig at det er en reell forskjell enn hvis forskjellen i studiens utvalg hadde vært mindre. Samtidig er det en metodisk utfordring at noen få enkeltpersoner med et stort fravær kan trekke opp gjennomsnittet mye dersom utvalget er lite.

#### *4.2.1. Symptomtrykk versus sykefravær*

Sykefraværstallene blir også mer interessante når de sees i sammenheng med symptomtrykk. Det vil være rimelig å anta at sannsynligheten for å bli sykemeldt på grunn av angst eller depresjon øker desto høyere symptomtrykk personen opplever. Med tanke på at målgruppen i utgangspunktet rapporterte et gjennomsnittelig høyere symptomtrykk på både angst og depresjon kunne man, hvis man skulle forvente en

forskjell, heller forventet at målgruppen hadde et høyere sykefravær enn kontrollgruppen. Når denne studien tvert imot viser at differansen i lengde på sykefravær er stor i favør av målgruppen kan det tolkes på ulike måter. En mulighet er at differansen i symptomtrykk ikke er stor nok til å ha noen reell innvirkning på arbeidsevne. Det er vanskelig å si noe om hvor mye arbeidsevnen blir påvirket av en differanse på for eksempel 18 % i symptomtrykk, som er forskjellen mellom gruppene på depresjonsskalaen ved baseline-testingen. Kanskje er denne forskjellen i symptomtrykk for liten til å ha noen effekt i forhold til arbeidshemming? Eller er det heller slik at begge gruppene har for lav grad av symptomtrykk i utgangspunktet til at det har noen påvirkning? At symptomtrykket er for lavt til å ha noen påvirkning på muligheten til å stå i arbeid virker lite sannsynlig ettersom deltakerne i denne studien er inkludert nettopp på grunn av at de har en arbeidshemming primært knyttet til symptomer på angst og depresjon. Det er heller ikke nødvendigvis slik at differansen mellom gruppene er for liten til å ha noen innvirkning på arbeidsevnen. Kanskje er opplevd symptomtrykk bare en av mange faktorer som påvirker hvorvidt en person blir sykemeldt og hvor langt sykefraværet blir. Det er naturlig å tenke seg at hvordan man håndterer opplevde symptomer er viktigere i forhold til arbeidsevne enn symptomene i seg selv. Hvordan personer mestrer symptomer på psykisk uhelse varierer og vil avhenge av faktorer som forventninger, mestringstro, "locus of control", attribusjonsstil, og grad av optimisme. I kognitiv terapi er teknikkene rettet mot å påvirke pasientens kognisjon i forhold til livshendelser som oppfattes som negative, og det kan være at metodikken som benyttes i denne studien også påvirker de nevnte faktorene. Endring mot en mer indre locus of control, en attribusjonsstil hvor personen i mindre grad attribuerer negative hendelser til indre faktorer og høyere grad av optimisme kan tenkes å ha en innvirkning på hvorledes en person mestrer symptomer på angst og depresjon. I så fall er det mer forståelig at sykefraværet er lavere hos målgruppen til tross for at symptomtrykket ikke er lavere. Locus of control er et begrep som refererer til i hvilken grad personer tror de selv har kontroll over situasjoner som kan påvirke de (Rotter, 1954). Mennesker med høy ytre locus of control har en tendens til å attribuere hendelser til faktorer de ikke kan påvirke, som skjebnen, tilfeldigheter, eller relatert til arbeidssituasjon for eksempel at vanskeligheter



med å takle jobben skyldes ting ved arbeidsmiljøet som en ikke selv rår over. På den andre siden har mennesker med høy indre locus of control en tendens til å tro at de selv kan gjøre noe for å påvirke sin livssituasjon, og de har en større tendens til å foreta seg det de tror er nødvendig for å endre på situasjoner de ønsker å endre. Tidligere forskning har vist at indre locus of control er forbundet med lavere sykefravær, sannsynligvis siden det fører med seg en sterkere opplevelse av kontroll over egen situasjon (Millet og Sandberg, 2003). Videre kan vi med bakgrunn i forventningsteori (Furnham, 2002) og teorier om mestringstro (Bandura, 1997) anta at det vil være lettere for en person å gå tilbake til arbeid på tross av symptomer på angst og depresjon dersom personen har en forventning om at ens egen innsats kan og vil påvirke arbeidssituasjonen. Med en intervensjon som har som en viktig faktor å hjelpe brukeren til selv å ta tak i sin kognisjon i forhold til oppfattede negative livshendelser er det plausibelt at personen vil ha en forventning om at han selv kan påvirke disse livshendelsene i større grad enn han kanskje forventet før behandlingen startet. Dette kan gjøre at man opplever sin egen arbeidssituasjon og de vanskelighetene som førte til sykemeldingen som mer håndterlige, og at sykefraværet av den grunn blir lavere enn det ville vært hvis personen ikke hadde mottatt denne behandlingen. I følge forventningsteori er det også slik at ens atferd påvirkes av de forventningene man opplever at andre har til en. Dette kan ha en innvirkning på sykefraværet i form av at behandlerne, som har fulgt IPS-prinsippene hvor snarlig utplassering i arbeidslivet er et viktig prinsipp, har utvist en forventning om at personene i målgruppen skulle være aktive i forhold til å endre sin egen situasjon og til å prøve seg i ordinært arbeidsliv så snart som mulig. Dersom personene i tillegg har fått en økt mestringstro i forhold til sin arbeidssituasjon kan dette samlet utgjøre en mulig forklaring på forskjellene i sykefravær i gruppene på tross av det like symptomtrykket. Dette er faktorer det hadde vært interessant å ha noen effektmål på, og det kan sees på som en svakhet ved studien at den ikke inkluderer noen mål på faktorer som locus of control eller mestringstro. Hadde studien inkludert dette ville det vært mulig å si noe mer sikkert om disse faktorene som deler av årsaksforklaringen for den store forskjellen i sykefravær mellom gruppene. Uten disse målene blir det hele på spekulasjonsnivå, ettersom det er umulig å vite om det er forskjeller mellom gruppene på disse dimensjonene, og i så fall

om det var ulikheter på disse feltene mellom gruppene i utgangspunktet, eller om disse faktorene har endret seg i løpet av intervensjonen. Det anbefales derfor at fremtidige studier på denne metodikken inkluderer mål på enkelte av disse faktorene som et supplement til mål på symptomtrykk. Dette vil gjøre det mulig å gi et mer helhetlig inntrykk av hvilke faktorer som er betydningsfulle i forhold til sykefravær enn det som er mulig ut fra denne studien.

### **4.3. Har Jobbmestrende oppfølging noen forebyggende effekt?**

Når det gjelder en eventuell forebyggende effekt av tiltaket i denne studien ble det undersøkt gjennom å se på grad av tilbakefall. Ettersom personene i utvalget allerede hadde en angst eller depresjonslidelse kan ikke denne studien besvare hvorvidt metodikken ville kunne forhindre *den første sykemeldingen*, eller hvorvidt metodikken kan bidra til å forebygge sykefravær på grunn av angst og depresjon hos en populasjon som for eksempel fortsatt er i fullt arbeid, men har en økende grad av symptomer som på et senere tidspunkt kan føre til sykemelding. Det studien kan si noe om er hvorvidt denne typen metodikk har en forebyggende effekt i forhold til å forebygge tilbakefall for mennesker som har vært sykemeldte på grunn av angst og depresjon og som har blitt friskmeldt og forsøkt seg i det ordinære arbeidslivet igjen. Resultatene viser at målgruppen i studien har en særdeles mye lavere tilbakefallsrate enn kontrollgruppen. Om lag seks ganger flere av personene i kontrollgruppen hadde tilbakefall i løpet av året som gikk fra studiens start sammenlignet med målgruppen. I denne studien ble det ikke undersøkt hvor langt sykefraværet var for det sykefraværet som skyldtes tilbakefall. Hvor stort sykefraværet som totalt sett skyldtes tilbakefall i løpet av året etter intervensjonens start er med andre ord uvisst. Ikke desto mindre er den massive forskjellen i tilbakefall mellom gruppene oppsiktsvekkende. Hva kan årsakene til denne forskjellen være? Et mulig svar kan ligge i egenskaper ved behandlingsmetodikken. Jobbmestrende oppfølging er en metodikk som benytter seg av en rekke teknikker hentet fra kognitiv terapi. En av fordelene ved kognitiv terapi er

at behandleren lærer bort kognitive teknikker som mottakeren også kan dra nytte av utenfor behandlingsrommet. En hypotese i denne studien er derfor at intervensjonen kan ha en forebyggende effekt i form av at brukeren har mulighet til å tilegne seg et sett med kognitive teknikker som han kan dra nytte av også etter at intervensjonen er avsluttet. Dermed vil brukeren stå bedre rustet til å møte situasjoner som potensielt kan være angst og depresjonsskapende. Med tanke på dette var det ikke uventet at studien viser en forskjell mellom gruppene i grad av tilbakefall, men differansen mellom gruppene er langt større enn man kunne forventet på forhånd. Samtidig er antydningen om en forebyggende effekt en meget positivt antydning både på et individuelt plan og igjen sett med samfunnsøkonomiske øyne. På et individuelt plan er det naturligvis fint å unngå nye sykemeldinger. For en person som har blitt friskmeldt fra en angst eller depresjonstilstand som har vært arbeidshemmende kan det å bli sykemeldt på nytt oppleves som en solid nedtur. Det kan nok heller oppleves som en tilsvarende opptur å mestre hendelser man tidligere syntes var problematiske. Samtidig er det en samfunnsøkonomisk gevinst ved å forebygge sykefravær. Man sparer både de ytelsene som ville følge med en sykemelding, samt den kostnaden det ville medføre å eventuelt gi et tilbud om helsehjelp. Når det er sagt kan det sees på som en metodisk svakhet at det ikke er kontrollert for lengden på sykefraværet som skyldes tilbakefall. For å kunne si noe om kostnadseffektivitet i forhold til forebygging bør man naturligvis vite noe om lengden også på dette sykefraværet.

At intervensjonen ser ut til å ha en så god forebyggende effekt som det antydes i denne studien må naturligvis tas med en klype salt med tanke på at dette er den første studien på denne metodikken, samt at særlig kontrollgruppen er relativt liten.

Det foreligger heller ingen normgrunnlag på dette området, så hvorvidt tilbakefallsraten for kontrollgruppen er kunstig høy er mulig å diskutere. Kanskje er det urealistisk å påstå at over 1/3 av mennesker som blir friskmeldt og returnerer til ordinært arbeidsliv har et tilbakefall i løpet av ett år? På den andre siden vet vi at angst og depresjon er noe mange sliter med over tid, og det at man har blitt friskmeldt og returnerer til arbeidslivet er heller ikke nødvendigvis et signal om at personen er kvitt sine plager. Tvert imot kan det tenkes at mange på tross av at de fortsatt er plaget av

symptomer på angst og depresjon ønsker å forsøke seg i jobb igjen, og at de dermed returnerer til arbeidslivet med plager som kan være arbeidshemmende. I så fall er det kanskje ikke urimelig å anta at en god del vil slite med å unngå nye sykemeldinger.

#### *4.3.1. Symptomtrykk versus tilbakefall*

Som tidligere omtalt hadde målgruppen i utgangspunktet et noe høyere opplevd symptomtrykk på angst og depresjon sammenlignet med kontrollgruppen. Ved målingen som ble gjort etter at intervensjonen ble implementert var denne differansen borte, og gruppene hadde dermed en lik grad av symptomtrykk. I to grupper med tilnærmet likt symptomtrykk ville det være naturlig å anta at også andelen som ble sykemeldt igjen også skulle være like stor. Sett i lys av dette er det overraskende at tilbakefallsraten er så ulik mellom gruppene. Hvordan skal man tolke dette? En mulighet kan være at målgruppen i gjennomsnitt har en høyere ”terskel” for å bli sykemeldt. Ettersom alle var sykemeldt da de ble inkludert i prosjektet er det vanskelig å si noe om hvor høyt symptomtrykket var da sykemelding først ble iverksatt. Målgruppen hadde gjennomsnittelig en reduksjon i opplevd symptomtrykk i løpet av de første tre månedene etter prosjektstart. Dersom en antar at ”terskelen” for å bli sykemeldt på grunn av psykiske plager er relativt stabil for hvert enkelt individ så vil avstanden opp til denne terskelen være lenger for deltakerne i målgruppen ettersom deres opplevelse av psykisk uhelse er redusert, mens kontrollgruppen på sin side ikke har noen bedring i symptomer på angst og depresjon. En annen mulig forklaring på forskjellen i tilbakefall kan være at deltakerne i målgruppen opplevde å være i en bedringsprosess, noe som gjenspeiles av deres signifikante reduksjon i symptomtrykk. Kanskje er det lettere å håndtere symptomer på angst og depresjon dersom man tross alt opplever å være mindre plaget enn man var tidligere. Kanskje opplever deltakerne i målgruppen å ha fått en oppfølging og en intervensjon som har virket, og at arbeidshverdagen av den grunn oppleves enklere å håndtere til tross for et symptomtrykk som ellers kunne ført til sykemelding? Det kan tenkes at målgruppa gjennom intervensjonen har lært seg teknikker for å mestre sine symptomer som oppleves som så nyttige at de kan være til hinder for tilbakefall. Kanskje har

intervensjonen bidratt til at deltakerne i større grad har en opplevelse av å være ”herre i eget hus,” eller sagt med andre ord, at de selv kan påvirke sin mentale helse og hvordan denne påvirker atferd i forhold til arbeidssituasjon og eventuelle nye sykemeldinger. I denne sammenhengen kunne det for eksempel vært interessant å gjennomført en måling på locus of control før og etter intervensjonen. Personer med en høy grad av indre locus of control har en større tendens til å forsøke å finne ut hva de kan gjøre for å endre på negative situasjoner, og til å utføre det de anser som nødvendig for å gjøre for eksempel en vanskelig arbeidssituasjon til det bedre. Det kan tenkes at locus of control kan være en faktor i forklaringen av forskjellen i tilbakefallsrate i denne studien. Gjennom intervensjonen har personene i målgruppen sannsynligvis lært å være bevisst på de situasjonene de opplever som vanskelige, og til å analysere sine tanker, følelser og atferd i disse situasjonene. Videre har de lært å utfordre sine negative tanker og tankemønstre, og muligens har de hatt en opplevelse av at de gjennom teknikker de lærer i behandlingen kan påvirke hvordan de håndterer situasjoner på en mer adekvat måte enn de kanskje ville før behandlingen begynte. Oppsummert kan dette føre til en større grad av indre locus of control hos disse personene, noe som kan det være en faktor i forklaringen av den lave tilbakefallsraten i målgruppen. Ettersom det ikke ble målt kan det ikke utelukkes at målgruppen i utgangspunktet hadde en gjennomsnittelig høyere grad av locus of control, og at denne faktoren som del av forklaringen i tilbakefallsrate derfor ikke kan tilskrives intervensjonen. Samtidig er det ingen grunn til å tro at det skulle være forskjeller mellom gruppene i utgangspunktet på dette området. Tidligere forskning har vist at arbeidsrelaterte hendelser kan ha en sterk påvirkning på locus of control og at positive erfaringer øker tendensen til en indre locus of control (Vecchio, 1981). Med bakgrunn i dette kan det tenkes at målgruppen har hatt en positiv endring dersom de har opplevd å komme tilbake til arbeidslivet med et sett av nye ”verktøy” i form av kognitive teknikker, endrede tankemønstre, samt et oppfølgingstilbud de ikke hadde tidligere. Det hadde vært interessant å vite hvorvidt denne intervensjonen påvirker locus of control, og det kan være en idé til senere studier på denne metodikken å inkludere dette som et mål både før og etter implementering av intervensjon.

## 4.4. Metodiske utfordringer og begrensninger

Det ble foretatt en rekke forhåndsregler for å optimalisere metoden i studien, men til tross for dette finnes det noen metodiske svakheter. Gullstandarden innen forskning er randomiserte kliniske forsøk. Når denne studien er gjort med et kvasieksperimentelt design er det fordi randomisering ikke var gjennomførbart i den settingen studien skulle gjennomføres. Metodikken skulle forsøkes i forhold til en relativt spisset målgruppe og utvelgelsen av deltakerne måtte derfor følge et sett kriterier. Videre ble deltakerne av praktiske hensyn delt i henholdsvis mål- og kontrollgruppe basert på geografisk tilknytning. Dette kunne vært unngått gjennom en randomisert tildeling av deltakere til gruppene. På generelt grunnlag er mangel på randomisering er uheldig av flere årsaker. For eksempel gjør mangelen på randomisering det vanskeligere å utelukke konfunderende variabler noe som kan utgjøre en trussel mot den interne validiteten i studien.

En annen begrensning ved denne studien er det faktum at kontrollgruppen og målgruppen var ulike i forhold til symptomtrykk ved studiens begynnelse. Grunnlaget for å diskutere implikasjonene av endringene i symptomtrykk hos målgruppen ville vært bedre dersom gruppene hadde hatt et tilnærmet likt gjennomsnittelig symptomtrykk i utgangspunktet. Dette kunne for eksempel vært unngått ved å gjøre baseline-testingen før tildeling av deltakerne til gruppene for så å sette sammen grupper med likt symptomtrykk. Denne løsningen ville igjen medført problemet med fraværet av randomisering. En annen mulighet kunne vært å benytte et "cut off" nivå på testingen ved baseline, eller ekskludert deltakere som hadde et for stort avvik fra det gjennomsnittelige symptomtrykket i utvalget som helhet. En ulempe med det ville vært at utvalget sannsynligvis hadde blitt redusert, samtidig som man ikke ville kunne si noe generelt om effekten på angst og depresjon, men kun om effekten på en snever gruppe av mennesker med angst og depresjonslidelser.

Når det gjelder vurdering av sammenhengen mellom symptomtrykk og sykefravær og tilbakefall er det en ulempe at det ikke var mulig å få tak i data for deler av kontrollgruppen når det gjaldt sykefravær og tilbakefall. Dette gjør tolkningen av

resultatene mer usikker enn de ville vært med en fulltallig kontrollgruppe. En mulighet var å eliminere helt den delen av kontrollgruppen hvor det ikke var tilgjengelige data for alle variablene. Samtidig måtte denne muligheten vurderes opp mot ulempen ved å ha en relativt liten kontrollgruppe også for variabelen symptomtrykk. Likevel er frafallet i kontrollgruppen på variablene sykefravær og tilbakefall en klar svakhet ved studien, og noe som en bør tilstrebe å unngå i senere studier.

Bruken av effektmål kan også diskuteres. I forhold til opplevd symptomtrykk ble selvrapporteringsskjemaet SCL-90-R valgt. Bruken av selvrapporteringsskjema i seg selv kan også være en metodisk utfordring. Samtidig er det vanskelig å argumentere for at andre metoder kunne testet deltakernes symptomtrykk på en bedre eller mer autentisk måte. Selv om SCL-90-R er et godt validert verktøy kunne andre verktøy vært benyttet i tillegg for å etterprøve symptomtrykket. Det å trekke ut enkeltskalaer fra et større måleverktøy kan også være uheldig. I denne studien ble det gjort ettersom det var disse skalaene man var spesielt interessert i, og det fikk ingen konsekvenser for selve rapporteringen fra den enkelte deltaker ettersom hele skjemaet ble utfyllt. Det ble heller ikke nevnt at det var angst og depresjon man var mest interessert i. Reliabiliteten for de enkelte skalaene på SCL-90-R er også rapportert å være høy nok til at det er forsvarlig å se på enkeltskalaene utenfor konteksten av hele skjemaet (Derogatis, 1994). Ettersom det var depresjon og angst som var interessant i denne studien kunne det også vært benyttet selvrapporteringsskjemaer som er utviklet spesielt for å måle symptomtrykk på disse områdene. Her kunne for eksempel Beck depression inventory-II og Beck anxiety inventory vært benyttet enten som erstatning for eller som supplement til SCL-90-R (Beck, 1993; 1996).

Videre kunne studien vært bedre dersom den hadde inkludert flere mål i forhold til de ulike variablene. Ved å inkludere mål på dimensjoner som locus of control, attribusjonsstil eller mestringstro både før og etter intervensjonen ville grunnlaget for å tolke forskjellene i sykefravær og tilbakefall vært bedre. I tillegg vil det være interessant i seg selv hvorvidt metodikken har en påvirkning på disse dimensjonene.

## 4.5. Veien videre- forslag til fremtidig forskning

Senter for Jobbmestring i Østfold var et pilotprosjekt som skulle utarbeide og dokumentere en effektiv metodikk rettet mot en relativt spisset målgruppe; mennesker med en arbeidshemming som primært skyldes lettere psykiske lidelser, definert som angst og depresjon. Fra tidligere foreligger det svært lite forskning på hva som er effektivt i forhold til denne målgruppen, og det foreligger ingen tidligere studier av effekten av den type metodikk som er benyttet i denne studien. Denne studien støtter Jobbmestrende oppfølging som en effektiv tilnærming til oppfølging av personer som blir sykemeldt grunnet angst og depresjon, men det behøves videre forskning for å etterprøve denne studien og gi et bredere empirisk grunnlag for effekten av denne metodikken. Erfaringene fra Senter for Jobbmestring i Østfold har ført til at Jobbmestrende oppfølging etter endt prosjektperiode ble videreført. Det har blitt opprettet regionale Senter for Jobbmestring i sju andre fylker og Senter for Jobbmestring er nå et tiltak under Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse. Det bør foretas effektevalueringer også i disse fylkene for å vurdere hvorvidt det kan gis bredere støtte til bruk av denne metodikken. Videre forskning bør særlig se nærmere på forskjeller i sykefravær, og kan også se på forebyggende effekt over lengre tid enn kun ett år. Kontrollgruppen bør også være større i senere studier. I tillegg bør utvalgene randomiseres i forhold til hvem som havner i henholdsvis mål- og kontrollgruppen. Fremtidige studier bør også tilstrebe å kontrollere for baseline-ulikheter mellom gruppene i symptomtrykk. Når det gjelder symptomtrykk kan det vurderes å benytte seg av andre måleverktøy, gjerne i tillegg til SCL-90-R, og det bør kanskje foretas flere og hyppigere målinger. Dette kan gi en sikrere evaluering av effekten samt gi en pekepinn på hvor lang oppfølging som er nødvendig for å gi ønsket effekt. Det kan også være en ide å inkludere mål på mestring og locus of control for å se nærmere på hvorvidt også disse faktorene kan påvirkes av denne metodikken. Videre vil betydningen av denne type oppfølging vil bli langt bedre belyst dersom det gjøres kostnadsanalyser av tiltaket. Kostnadene knyttet til tiltaket bør da vurderes opp mot utgifter spart i form av lavere sykefravær. Fremtidig forskning bør derfor rette seg



mot å frembringe evidens for hvor stor effekt metodikken har i form av redusert sykefravær og ha dette som fokus i større grad enn symptomtrykk.

## 5. Konklusjon

Denne studien tok mål av seg å undersøke hvorvidt Jobbmestrende oppfølging, en metodikk basert på prinsipper fra modellen Individuell plassering og støtte kombinert med teknikker hentet fra kognitiv terapi, har noen effekt hos mennesker med en yrkeshemming som skyldes angst eller depresjon. Tre måneder etter intervensjonens begynnelse hadde målgruppen en signifikant reduksjon i opplevd symptomtrykk på angst og depresjon. I løpet av året som gikk fra intervensjonens start hadde målgruppen et langt lavere sykefravær og en lavere tilbakefallsrate sammenlignet med kontrollgruppen. Oppsummert støtter denne studien hypotesen om at denne metodikken har en positiv effekt både på symptomtrykk og sykefravær, og det antydes at metodikken også kan ha en forebyggende effekt. Det er uklart hvilke faktorer den antydede effekten kan skyldes. Det er mulig at metodikken i tillegg til å ha en effekt på opplevde symptomer også har en effekt på psykologiske dimensjoner som locus of control og mestringstro, og at endring på disse dimensjonene påvirker sykefravær og tilbakefall. En tilsynelatende reduksjon i sykefravær og tilbakefall for de som mottar oppfølging med denne metodikken er oppmuntrende sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv da det kan implisere reduserte kostnader i form av sykepenger og andre ytelser. Samtidig anmodes det om forsiktighet i forhold til å generalisere resultatene fra denne studien til en større populasjon. Ettersom denne studien er den første som undersøker effekten av denne spesifikke metodikken behøves det videre forskning på metodikken for å etterprøve resultatene fra denne studien.

## Kildeliste

- Arbeidsrettede tiltak for personer med psykiske problemer. En systematisk oppsummering av internasjonal effektforskning* (2006). Hentet 20.05.2008 fra [www.tiltak.no](http://www.tiltak.no)
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*, 18, 36-51.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio: TX Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: TX Psychological Corporation.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy. Basics and beyond*. New York: The Guilford press.
- Becker, D. & Drake, R.E. (1994). Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community mental health journal*, 30, 193 – 205.
- Becker, D., Drake, R.E., Farabaugh, A., & Bond, G.R. (1996). Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric services*, 47, 1223 – 1226.
- Becker, D. & Drake, R.E. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. Oxford university press.

Blackburn, I.M., Bishop, S., Christie, J.E., Glen, A.I., & Whalley, L.J. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *The british journal of psychiatry*, 139, 181 – 189.

Bower, P.J. & Rowland, N. (2006). Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *The Cochrane library*. Hentet 27.06.2008 fra <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001025/frame.html>

Cautilli, J., Riley-Tillman, T.C., Axelrod, S., & Hineline, P. (2005). The Role of Verbal conditioning in third generation behavior therapy. *The behavior analyst today*, 6), 138-150.

*Center for psychological studies* (2009). Hentet 17.01.2009 fra <http://www.cps.nova.edu/~cpphelp/SCL-90-R.html>

Crits-Christoph P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *American journal of psychiatry*, 149, 151-158.

Crowther, R.E., Marshall, M., Bond, G.R., & Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane review). *The Cochrane Library*, 3. Hentet 16.08.2008 fra [www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003080/frame.html](http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003080/frame.html)

Dalgard O.S., Døhlle E., & Ystgaard M. (1995). *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Derogatis, L. (1994). *Symptom checklist-90-R. Administration, scoring, and procedures manual*. USA: Pearson assessments.

Dixon, L., Hoch, J.S., Clark, R., Bebout, R., Drake, R., McHugo, G. et al (2002). Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 53, 1118-1124.

Fonagy P., Roth A., & Higgitt A (2005). Psychodynamic therapies, evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69, 1-58.

Frøyland, K. & Spjelkavik, Ø. (2006). *Individuell oppfølging. Sluttevaluering av et forsøksprosjekt i Østfold*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Furnham, A. (2002). *The psychology of behaviour at work*. Hove and New York: Psychology press.

Gingerich, W.J. & Eisengart, S. (2000). Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the Outcome Research. *Family Process*, 39, 477 – 498.

Hubble, M.A., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (1999). *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington DC: American Psychological Association.

Kanter, J.W., Callaghan, G.M., Landes, S.J., Busch, A.M., & Brown, K.R. (2004). Analytic Conceptualization and Treatment of Depression: Traditional Models and Recent Advances. *The behaviour analyst today*, 5, 255 – 274.

Kanter, J.W., Landes, S.J., Busch, A.M., Rusch, L.C., Brown, K.R., Baruch, D.E., & Holman, G.I. (2006). The Effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: a successful and unsuccessful case using functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39, 463 – 467

Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical psychology review*, 21, 401 - 419.

Leichsenring F. (2005). Are psychoanalytic and psychodynamic psychotherapies effective? A review of empirical data. *The international journal of psychoanalysis*, 86, 841 – 868.

Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *Journal of the American medical association*, 300, 1551 – 1565.

Marra, T. (2004) *Depressed and Anxious: The Dialectical Behavior Therapy Workbook for Overcoming Depression & Anxiety*. Oakland: New harbinger publications.

Millet, P. & Sandberg, K.W. (2003). Locus of control and its relationship with vocational rehabilitation of unemployed sick leaves in Sweden. *Journal of vocational rehabilitation*, 19, 59 – 66.

Mintz, J., Mintz, L.I., Arruda, M.J., & Hwang, S.S. (1992). Treatments of depression and the functional capacity to work. *Archives of general psychiatry*, 49, 761 - 768.

Møller, G. (2005). *Yrkeshemmede med psykiske lidelser*. Hentet 19.09.2008 fra [http://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/detalj.asp?r\\_ID=1085&merket=5](http://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/detalj.asp?r_ID=1085&merket=5)

Mykletun, A., Øverland, S., Dahl, A.A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Glozier, N., Aarø, L.E. & Prince, M. (2006). A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *American journal of psychiatry*, 163, 1412 – 1418.

Rupke, S.J., Blecke, D., & Renfrow, M. (2006). *Cognitive therapy for depression*. East Lansing: Michigan state university college of human medicine.

Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.

Statistisk sentralbyrå. Hentet 20.02.2009 fra <http://www.ssb.no/sykefratot/>

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Vecchio, R. (1981). Worker's beliefs in internal versus external determinants of success. *Journal of social psychology*, 114, 199 - 207.

Wehman, P. & Moon, M.S. (1988). *Vocational rehabilitation and supported employment*. Baltimore: Paul Brookes.